CONSIDÉRATIONS

N.° 149.

MÉDICO-LÉGALES

SUR L'INFANTICIDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 août 1821, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR SALVIEN-JOSEPH CARREZ, de Violaines,
Département du Pas-de-Calais;

Bachelier ès-lettres; ex-Officier de santé du vingt-neuvième régiment d'infanterie légère; ancien Chirurgien interne de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, etc.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1821.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

A MONSIEUR

ORFILA,

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Président des jurys médicaux; Chevalier de la Légion-d'Honneur; Médecin par quartier de Sa Majesté; Membre de l'académie royale de médecine; Correspondant de l'Institut, de l'université de Dublin, de Philadelphie, des académies de Madrid, de Barcelone, de Murcie, des îles Baléares, de Livourne, etc.

Faible témoignage d'un dévouement respectueux, et d'une reconnaissance éternelle pour la bienveillance dont il m'a honoré.

S. J. CARREZ.

CONSIDÉRATIONS

MÉDICO-LÉGALES

SUR L'INFANTICIDE.

Le mot *infanticide* est dérivé d'*infans*, *enfant*, et de *cædo*, *je tue*, *je meurtris*; meurtrier, ou meurtre prémédité d'un enfant nouveau-né ou sur le point de naître. Cet attentat, que les lois punissent du dernier supplice, pourrait encore s'entendre dans un sens général, et, d'après son étymologie, du meurtre d'un enfant qui a vu le jour depuis plusieurs années, et de celui du fœtus encore contenu dans l'utérus, et plus ou moins éloigné du terme naturel de l'accouchement. Mais l'usage, en médecine légale, restreint le mot *infanticide* à la mort violente et avec préméditation d'un enfant né vivant ou sur le point de naître. C'est pourquoi celui qui porterait une main meurtrière sur un enfant de deux à trois ans serait coupable, non pas d'un infanticide, mais d'un assassinat.

Le crime d'infanticide est distingué par les auteurs en *infanticide par omission*, et en *infanticide par commission*. Sous le premier point de vue, si l'enfant a été victime de l'omission volontaire des premiers soins, il y a crime. S'il était démontré que cette omission n'a pas été préméditée, qu'elle n'est que le résultat de l'ignorance, le crime n'existe pas. Sous le second point de vue, si l'enfant a péri par l'action d'une violence extérieure dirigée contre lui dans l'intention de lui ravir le jour, il y a crime.

Avant de parler des causes innocentes ou criminelles qui peuvent donner la mort à l'enfant, soit avant, pendant ou après l'accouchement, il est nécessaire d'établir, 1.° les différens changemens qui surviennent au fœtus depuis l'époque de six mois de la gestation jusqu'au terme naturel de l'accouchement; 2.° de parler de sa viabilité.

La peau du fœtus, à six mois, est fine, pourprée dans certaines parties, telles qu'aux pieds, au visage, aux mamelles, aux lèvres, etc.; les yeux sont fermés, les paupières adhérentes; la pupille est encore fermée par une membrane; les oreilles sont bien formées, mais encore fermées; les sourcils et les cils sont peu épais; la tête est grosse proportionnellement aux autres parties du corps, molle; les tégumens qui la recouvrent sont rouges, pourprés; les fontanelles sont très-évasées, les commissures sont très-larges: les cheveux sont courts, rares, d'une couleur argentine; les ongles sont à peine formés, d'une couleur rougeâtre; ils ne recouvrent pas tout-à-fait l'extrémité des doigts; les extrémités inférieures sont minces, peu développées; le scrotum chez les enfans mâles est d'un rouge vif; la vulve dans l'autre sexe est proéminente, entr'ouverte par la saillie du clitoris; la substance cérébrale est très-blanche, molle, diffluente sous les doigts; les circonvolutions sont peu apparentes; les méninges se détachent facilement de l'encéphale; l'estomac est rempli de mucosités grisâtres; les intestins sont grêles, resserrés; une partie du gros intestin contient du méconium; la vésicule du fiel contient une matière fluide, grisâtre; le lobe gauche du foie est bien plus développé que le droit; les poumons sont blancs, fermes; les testicules sont encore dans la cavité abdominale, le long de la colonne vertébrale; la vessie, pyriforme, hors du bassin, ne présente qu'une petite cavité. Le poids du fœtus au terme de six mois est d'une à deux livres; la longueur est depuis huit jusqu'à douze pouces; si on mesure le corps de la tête aux talons, on verra que la moitié répondra à l'extrémité inférieure du sternum.

Toutes les parties à l'âge de sept mois sont mieux formées: la peau

est plus rosée, moins rouge, plus fibreuse; elle se couvre d'un enduit blanchâtre onctueux, plus abondant sur le dos, au pli des articulations, qui lui est assez fortement adhérent; les paupières sont décollées, la membrane pupillaire a disparu, les cils et les sourcils sont plus apparens; les cheveux ont plus de longueur, sont moins rares; les ongles ont plus de consistance; la substance cérébrale est moins fluide, les circonvolutions du cerveau sont marquées, la méningine est plus adhérente, les vaisseaux sanguins sont plus apparens dans l'intérieur de la masse encéphalique; les poumons sont rougeâtres, les oreillettes bien distinctes des ventricules; le foie est éloigné du nombril, la bile contenue dans la vésicule est plus jaune et plus amère; le méconium, plus abondant, occupe le cœcum et presque tout le gros intestin; les testicules ou les ovaires sont plus rapprochés du bassin. La pesanteur du fœtus à ce terme est de deux à trois livres; la longueur totale du corps est de douze à quatorze pouces; la moitié de la longueur du fœtus répond encore plus près du sternum que du nombril.

Le fœtus à huit mois approche plus de sa maturité; il est par conséquent plus viable : la peau a plus de consistance; elle est plus blanche, plus claire, plus fibreuse; le duvet qui la recouvre est composé de petits poils courts et très-fins; la matière onctueuse dont elle est enduite a plus de consistance; les cheveux sont plus longs, plus colorés, nuancés de blond et de brun; ils sont plus solides; les vaisseaux du cerveau sont injectés, les circonvolutions bien prononcées; les testicules alors s'engagent dans l'anneau suspubien ou inguinal; le vagin et le col de l'utérus sont enduits d'une mucosité visqueuse, transparente; les mamelles sont proéminentes, et rendent par l'expression un fluide lactiforme. La pesanteur à ce terme est de trois à quatre livres; la longueur est de quatorze à seize pouces; la moitié du corps du fœtus répond plus près du nombril que du sternum.

A neuf mois révolus, le fœtus a acquis toute sa maturité; toutes les parties ont plus de consistance : la tête est grosse, assez ferme; les os du crâne, quoique mobiles, se touchent par leurs bords; les

fontanelles sont moins évasées, plus petites; la face est étroite relativement à la longueur du crâne; les cheveux sont plus épais, plus longs, plus foncés; les ongles sont plus solides et se prolongent jusqu'à l'extrémité des doigts. La surface externe du cerveau présente des sillons plus profonds et plus nombreux; elle prend une teinte cendrée, grisâtre; les lobes dont cette masse est composée conservent de la mollesse, tandis que le cervelet, le mésocéphale, le prolongement rachidien et les endroits qui correspondent aux cordons nerveux ont déjà acquis beaucoup de consistance; les testicules ont souvent dépassé l'anneau inguinal. Les dimensions de la tête sont alors de cinq pouces un quart, à peu près, de l'occiput au menton; de quatre pouces un quart de l'occiput au front; trois pouces et demi d'une bosse pariétale à l'autre, et du sommet à la base. Le poids le plus ordinaire du corps du fœtus à terme et bien conformé est de six livres un quart, d'après les recherches qui ont été faites à l'hôpital de la Maternité. *Mauriceau* avait élevé le poids d'un enfant au terme de neuf mois et bien conformé de onze à douze livres. L'expérience prouve tous les jours que ce poids est porté trop haut. *Rœderer* l'estime de six à sept livres et demie. On ne doit pas ajouter foi, comme le remarque *Baudelocque*, aux rapports de certaines personnes qui ont vu des enfans du poids de quinze, seize, vingt, et même vingt-cinq livres. Ainsi il est bien établi que le poids du fœtus à terme ne peut guère aller au-delà de douze à treize livres, et au-dessous de deux à trois livres. La longueur du fœtus au terme de neuf mois est de seize à dix-huit pouces, quelquefois de vingt à vingt-trois. J'en ai mesuré un qui avait vingt-deux pouces; il pesait, avec un léger maillot, onze livres dix onces. On en a vu qui ne pesaient que deux à trois livres, et n'avaient que douze à quatorze pouces de longueur. On voit, d'après ces différentes proportions, que le médecin ne peut pas déterminer l'état de maturité ou d'immaturité d'un nouveau-né, en ne considérant que son poids et sa longueur; il est donc réduit à s'en rapporter à l'équilibre qui existe entre les parties supérieures et inférieures, entre le nombril et le milieu du corps. Ce rapport paraît constant: vers la

fin de la grossesse, on peut même le regarder comme le moyen le plus certain pour s'assurer de l'âge du fœtus. C'est une règle générale que les parties supérieures l'emportent toujours sur les inférieures ; la physiologie nous apprend que, par le mode de circulation du fœtus avant de respirer, les parties supérieures reçoivent un sang bien plus riche en principes nutritifs que les parties inférieures, qui ne reçoivent que celui qui a déjà servi à la circulation. Cette vérité est démontrée par l'examen du fœtus à différentes époques de la grossesse : on remarque que les membres abdominaux sont toujours moins développés et plus grêles que les membres thoraciques. Voilà les principaux caractères que l'on observe chez le fœtus depuis l'époque de six mois jusqu'au terme naturel de l'accouchement. Il s'en rencontre d'autres encore relativement aux proportions respectives des parties entre elles qu'il est nécessaire de faire connaître, et qui servent quelquefois à déterminer l'âge du nouveau-né.

A l'époque de la parfaite maturité du fœtus, le thorax est court, d'une forme cylindrique; l'abdomen, ample, très-étendu, arrondi, saillant vers l'ombilic; le bassin étroit, peu développé; les membres abdominaux ne sont pas beaucoup plus longs que les membres thoraciques. Le trou de *Botal* est très-grand, la valvule qui doit le boucher plus ferme, plus étendue que dans les premiers mois de la gestation ; le canal artériel est ample ; ses parois sont très-denses ; la totalité du gros intestin est remplie de méconium, et la vessie d'urine ; l'insertion du cordon ombilical se fait juste au milieu du corps.

La loi reconnaît l'enfant viable au terme de cent quatre-vingts jours, ou six mois de gestation ; mais en médecine légale il est impossible de se soumettre à cette règle. Plusieurs exemples d'enfans qui ont vécu plus ou moins de temps, n'ayant atteint que le terme de six mois, et quelquefois moins, ne sont d'aucun poids. Au surplus, ces enfans, comme le remarque *Mauriceau*, n'avaient que six mois à partir de l'union légale de leur mère ; ils en avaient peut-être déjà deux ou trois avant le mariage. En médecine légale on ne doit admettre pour viables que les enfans qui ont acquis assez de force pour que les organes aient le

degré de perfection nécessaire à l'exécution, sans le concours de la mère, des diverses fonctions qui constituent la vie. Le terme où commence la vie étant ainsi subordonné à la perfection ou à l'imperfection des organes, doit, pour ainsi dire, varier à l'infini. On ne peut croire avec *Hippocrate* que le terme de sept mois soit plus favorable au fœtus que celui de huit; le raisonnement et l'expérience prouvent le contraire; l'enfant sera d'autant plus viable qu'il se rapprochera davantage du terme naturel de l'accouchement.

Les vices de conformation peuvent, dans certains cas, rendre le fœtus non viable, ou le faire périr dans l'utérus avant sa naissance. *Laborie* rapporte l'exemple d'un enfant mort-né chez lequel on avait trouvé l'occlusion précoce du trou de *Botal*. Ces vices de conformation, et les maladies capables de faire périr le fœtus dans l'utérus seront toujours reconnus. Le médecin habile pourra prononcer sur l'influence qu'ils ont eue relativement à la mort du fœtus avant sa naissance.

Des causes qui peuvent faire périr l'enfant pendant l'accouchement.

1.° Un accouchement dont le travail est long et pénible, soit qu'il ait été occasionné par la rupture prématurée de la poche des eaux avant qu'il y ait eu une forte dilatation de l'orifice utérin, ou par un séjour prolongé de la tête au détroit inférieur ou à la vulve, par une grosseur disproportionnée de la tête de l'enfant, par une mauvaise conformation du bassin, par la dureté de l'orifice de l'utérus et des parties génitales, peut donner la mort à l'enfant. Elle ne peut, dans ce cas, être attribuée qu'aux fréquentes et fortes contractions de la matrice, qui, en exerçant une pression sur la tête, la poussent contre le bassin. Le placenta et le cordon ombilical, se trouvant comprimés, occasionnent une congestion sanguine vers l'encéphale, qui détermine une apoplexie. On reconnaît cet accident à la face bouffie et violette du nouveau-né : presque toujours, dans ce cas, une tumeur séreuse ou sanguine se manifeste à l'endroit de la tête qui s'est présenté à l'orifice utérin ; le crâne est allongé ; les os sont mobiles et chevauchent

quelquefois, s'il y a fracture (ce qui peut avoir lieu pendant le travail de l'accouchement). On remarque assez souvent des ecchymoses sur différentes parties de la tête; les vaisseaux céphaliques sont gorgés de sang; le péricrâne est soulevé par un épanchement de ce fluide, qu'on remarque aussi sur les membranes du cerveau.

2.° Un accouchement peut être précédé ou accompagné du décollement du placenta; alors il y a hémorrhagie, et l'enfant peut mourir avant de naître ou immédiatement après. A sa naissance, il est décoloré, ou couleur de cire. Nous parlerons ailleurs des autres signes qui font reconnaître cet état d'anémie.

3.° L'issue du cordon ombilical peut faire périr l'enfant, surtout si les douleurs sont prolongées; le cordon, se trouvant entre les os du bassin et la tête, doit éprouver une compression assez forte pour intercepter la circulation de la mère à l'enfant.

4.° L'accouchement par les pieds, lorsque le tronc est entièrement sorti et qu'il ne reste que la tête, peut produire la mort de deux manières, soit par la compression du cordon ombilical, soit par les tractions que l'on ferait sur le cou de l'enfant pour dégager la tête. On remarque en général, dans ce cas, des ecchymoses aux paupières, aux lèvres et aux parties qui se sont présentées au passage.

5.° Quelques auteurs ont prétendu que la compression du cordon peut encore avoir lieu dans le cas où la tête est entièrement dégagée, et que les épaules se présentent directement au détroit supérieur, ou diagonalement au détroit inférieur, et qu'elles y restent long-temps. Il est difficile d'admettre, dans ce cas, que la compression du cordon puisse avoir lieu. La mort pourrait tout au plus être attribuée à la pression continuelle que le col de l'utérus exercerait sur celui de l'enfant.

6.° Lorsqu'il survient à la mère des convulsions, une hémorrhagie utérine, qui font craindre pour ses jours, l'accoucheur est obligé de terminer l'accouchement: l'enfant court dans ce cas plus ou moins de danger, suivant les manœuvres qu'on aura été forcé d'employer

pour en faire l'extraction; il restera toujours sur les membres du nouveau-né quelques marques des doigts de l'opérateur.

7.° La tête peut être écrasée ou désarticulée, si on a terminé l'accouchement au moyen du forceps, ou avec les crochets : ces lésions se reconnaîtront à leurs formes, qui indiqueront l'espèce d'instrument dont on se sera servi.

8.° Il arrive assez souvent qu'un enfant naît dans un état de faiblesse extrême, et meurt après avoir respiré quelques minutes. Cet état se reconnaît à l'imperfection des organes et à l'immaturité du fœtus.

9.° Le cordon ombilical étant entortillé autour du cou de l'enfant, il peut se faire que les vaisseaux qui le composent soient comprimés par l'action de la matrice, et les veines jugulaires par le serrement du cordon. Cette double cause peut, sans contredit, produire l'apoplexie suivie de la mort. On reconnaît cet accident aux ecchymoses circulaires autour du cou sans altération de l'épiderme.

10.° Plusieurs accoucheurs, entre autres *Rœderer*, *Delamotte*, *Levret* et *Baudelocque* ont observé la rupture du cordon ombilical pendant l'accouchement : il en résulte une hémorrhagie dangereuse pour l'enfant, et quelquefois mortelle, surtout s'il tarde à venir au monde pour respirer et suspendre par là l'écoulement du sang.

Voilà, je crois, toutes les causes involontaires qui peuvent faire mourir l'enfant pendant le travail de l'accouchement. Passons maintenant en revue toutes celles qui sont criminelles, et imaginées avec intention de lui donner la mort pendant ou immédiatement après cette fonction naturelle. Les causes d'infanticide par omission sont:

1.° Une température froide agit avec d'autant plus de violence sur le nouveau-né, faible, délicat, sortant de l'utérus, où une température élevée l'environnait; il est toup à coup frappé d'une impression vive de l'air, et un séjour prolongé dans cet état suffit pour lui donner la mort en très-peu d'instans. Il sera toujours facile de reconnaître cette cause lorsqu'on aura trouvé un nouveau-né, pendant l'hiver, exposé dans un lieu isolé, sur un peu de paille ou sur des pierres,

nu ou presque nu, livide, contracté et resserré sur lui-même. L'ouverture de son corps manifestera une forte congestion sanguine dans les gros vaisseaux et les oreillettes.

2.° Le nouveau-né mourra de même s'il est exposé dans un lieu solitaire, à une température trop chaude, ou au contact immédiat des rayons solaires, ou bien encore près d'un foyer ardent, et que rien ne le garantisse du voisinage d'un placenta en putréfaction. Il est évident que ces différentes causes ne peuvent être involontaires; elles ont été méditées; le meurtre et par conséquent l'infanticide est prouvé d'une manière palpable, surtout si la docimasie pulmonaire prouve que l'enfant a respiré.

3.° Le nouveau-né, ne pouvant vivre long-temps sans nourriture, périra d'inanition, si une mère criminelle l'expose dans un lieu désert à une douce température, et si cet infortuné y reste plus de vingt-quatre heures. Le crime sera dévoilé, si à l'ouverture du cadavre on trouve l'estomac et les intestins dans un état de vacuité: et si d'autres signes indiquent que la respiration a eu lieu, nul doute que cette mort ne puisse être attribuée au défaut de nourriture, à moins qu'il n'y ait à l'extérieur des marques de violence.

4.° La plupart des enfans naissent se présentant au détroit supérieur, dans la première position. Lorsque la tête a exécuté ses mouvemens ordinaires, elle se trouve hors des parties de la génération; mais, reprenant ensuite sa première position, la face se trouve dirigée vers la partie interne et supérieure de la cuisse droite de la mère. Cette position gêne les mouvemens du thorax, place quelquefois la bouche et les narines sur les matières qui découlent de la matrice; il en peut résulter une asphyxie mortelle. Une personne sans expérience, accouchant loin de tout secours, peut laisser mourir son enfant sans pour cela être coupable d'infanticide.

Le fœtus communique avec la mère par l'intermédiaire du cordon ombilical. Ce cordon tient par une de ses extrémités à l'ombilic de l'enfant, et par l'autre au placenta. Il est inutile de rappeler ici le mode de circulation du fœtus encore renfermé dans l'utérus.

Nous allons examiner, 1.° si l'omission de la ligature après la section du cordon ombilical peut-être regardée comme crime d'infanticide ; 2.° si par cette omission l'enfant peut mourir d'hémorrhagie ; 3.° s'il y a des circonstances où la ligature n'est point nécessaire ; 4.° enfin quels sont les signes qui font reconnaître qu'une hémorrhagie ombilicale a causé la mort du nouveau-né.

Dès la plus haute antiquité on a regardé la ligature du cordon ombilical comme une chose indispensable à la conservation du nouveau-né. *Hippocrate*, *Galien*, *Avicenne* la déclarent nécessaire. Les sauvages la mettent en usage, et toutes les nations civilisées la pratiquent depuis un temps immémorial. Les quadrupèdes, après s'être délivrés de leurs petits, ont l'instinct de mâcher, de froisser l'extrémité qui reste attachée au nombril. Un grand nombre de médecins légistes ont pensé que l'omission de cette ligature était nécessairement mortelle, et cette opinion a été défendue par des universités, telles que celles de *Gussen*, de *Leipsick*, de *Vurtemberg*, etc. Les Actes de l'académie de Berlin rapportent que plusieurs mères criminelles ont avoué avoir tué leur enfant en omettant volontairement cette ligature. (*Alberti.*) Ce fut vers le dix-huitième siècle que *Fontani* et plusieurs autres médecins regardèrent l'omission de cette ligature comme peu grave pour l'enfant qui a respiré et crié. On a fait des expériences sur des enfans de différentes complexions : ils ont perdu à peine dix gouttes de sang. J'ai eu occasion de répéter ces mêmes expériences, en attendant, pour faire la ligature, que les enfans eussent respiré plusieurs heures ; j'ai remarqué qu'ils ne perdaient que très-peu de sang. Dans ces différentes expériences, j'avais toujours soin d'attendre que la respiration fût complète, que l'enfant en donnât des preuves par ses cris.

Le cordon ombilical cesse de faire sentir des pulsations aussitôt que la respiration est entièrement établie, et, devenant alors inutile, il se resserre, se contracte, soit spontanément, soit par l'impression de l'air. Le sang, venant de l'enfant pour retourner au placenta, cesse de passer par les artères ombilicales, qui s'oblitèrent insensiblement.

Les médecins qui regardent la ligature du cordon ombilical comme n'étant pas d'une nécessité absolue disent qu'il est impossible que le sang reprenne une route qu'il a déjà abandonnée, et qu'il produise une hémorrhagie assez forte pour faire périr le nouveau-né. Cependant des opinions opposées ont été émises sur ce point de médecine légale : c'est dans l'autopsie faite par *Rose*, dont M. *Marc* a donné la traduction, qu'on peut chercher des données nécessaires à ce sujet.

D'après ce médecin, la ligature du cordon ombilical n'est pas toujours indispensable, puisque les artères de ce cordon ont resté ouvertes sans qu'il y ait eu d'hémorrhagie chez plusieurs nouveau-nés. Malgré toutes ces observations, peut-on conclure que cette ligature soit superflue, et que son omission ne puisse jamais produire d'accidens mortels? Non, sans doute; l'expérience a prouvé le contraire.

M. *Girard* de Lyon a observé que les pulsations des artères ombilicales chez le nouveau-né étaient régulières et bien prononcées, que bientôt après elles se ralentissaient, et conservaient malgré cela leur régularité. Elles commençaient ordinairement du côté du placenta, et allaient par gradation jusqu'au nombril; pendant ce temps le cordon diminuait de volume, et prenait une teinte jaunâtre. Il résulte de là, dit l'auteur que je viens de citer, que, si on ne sent plus de battemens dans les artères du côté du placenta, et qu'on coupe le cordon dans cet endroit, le sang coule encore avec abondance. Mais, lorsque ce battement n'est plus sensible que vers l'ombilic, le sang ne coule plus que goutte à goutte; il faut attendre, selon lui, que le cordon soit froid dans toute son étendue, et qu'on n'y sente plus de pulsations artérielles, pour en faire la section; alors le changement qui a lieu chez les nouveau-nés est entièrement accompli. On laisse, par ce moyen, agir la nature, et les enfans sont moins exposés aux accidens que ceux chez lesquels on a fait la section et la ligature immédiatement après la naissance.

Suivant *Rose*, l'omission de la ligature du cordon ombilical est

d'autant plus à craindre que les enfans sont plus robustes, plus forts; ceux, par exemple, qui sont faibles et délicats seront moins exposés à une hémorrhagie, attendu qu'il n'y aura pas chez eux assez d'énergie dans le système circulatoire. M. *Marc* est loin de partager cette opinion; car il dit que, si un enfant robuste peut périr d'une hémorrhagie active, un enfant faible peut être victime d'une hémorrhagie passive, et toute perte de sang lui sera bien plus fatale qu'au premier.

Il arrive quelquefois, comme nous l'avons dit plus haut, que le cordon se déchire ou se rompt pendant l'accouchement: il peut résulter de cet accident une hémorrhagie assez forte pour faire périr l'enfant. Le décollement trop précipité du placenta ne peut-il pas aussi produire le même effet? N'en serait-il pas de même si l'expulsion du fœtus a été subite et suivie d'une syncope ou de convulsions chez la mère? Que peut-on conclure de tout ce que nous avons dit relativement au crime d'infanticide par l'omission de la ligature du cordon? Le médecin légiste, appelé pour constater ce crime, peut-il prononcer affirmativement qu'il existe, lorsqu'on lui présentera un nouveau-né dont la ligature du cordon n'aura pas été faite, et que celui-ci offrira tous les signes qui démontrent que la respiration a eu lieu, et qu'il est mort d'hémorrhagie? Ou bien cette ligature a été faite, mais imparfaitement; ou le cordon a été déchiré, rompu en plusieurs endroits. Cette question est sans contredit des plus litigieuses, et le médecin ne devra porter son jugement qu'après avoir pris tous le renseignemens relatifs à tout ce qui a précédé, accompagné et suivi l'accouchement.

M. *Capuron* (Méd. lég. relative à l'art des accouchemens, p. 367) pense que l'omission seule de la ligature du cordon ombilical, indépendamment de toute autre cause, ne lui paraît pas devoir jamais causer la mort du nouveau-né. Voici sur quoi repose son opinion. « De deux « choses l'une, dit-il: ou la respiration est libre après sa naissance ; « ou elle est gênée, suspendue. Dans le premier cas, la circulation « ne se faisant plus chez l'enfant comme s'il était encore dans la ma- « trice, tout le sang qui retournait au placenta avant la naissance

« passe par les poumons, et ne s'échappe plus par les artères ombi-
« licales. Dans le second cas, lorsque la respiration est suspendue,
« c'est comme si l'enfant ne vivait pas; il est dans un état de mort
« apparente; la circulation n'a pas lieu; on n'a donc pas à craindre
« d'hémorrhagie, et l'omission de la ligature du cordon ombilical serait
« peut-être moins dangereuse alors que la pratique de cette opéra-
tion. » Malgré cette explication physiologique, qui paraît démontrer que l'omission de la ligature du cordon ombilical ne peut jamais occasionner une hémorrhagie assez forte pour faire périr le nouveau-né, je ne puis être entièrement de l'avis de cet auteur. Il y a trois ans que je fus appelé pour donner des soins à un nouveau-né attaqué d'une hémorrhagie ombilicale. Quoique la ligature eût été faite immédiatement après la naissance, il s'était écoulé assez de sang pour que la nourrice s'en aperçût à travers les linges, qui étaient teints par une grande abondance de sang. Je n'eus rien de plus pressé que de faire démaillotter l'enfant pour examiner le cordon, qui était excesssivement gros; son tissu cellulaire était infiltré, engorgé de matière glaireuse, durcie au point que la ligature n'avait pu agir sur les vaisseaux, car le sang coulait encore. Il s'en est peu fallu que l'enfant ne succombât : il était, à mon arrivée, pâle, décoloré; sa respiration était rare, pénible; les extrémités étaient froides. Il est à présumer qu'il aurait pu être victime du peu de soin qu'on avait eu en faisant la ligature, s'il n'eût été promptement secouru, ou s'il eût été d'une faible complexion. On objectera peut-être que la syncope qui survient à la suite d'une perte de sang aussi forte suspendra la circulation, et en même temps l'hémorrhagie; mais la syncope ne peut-elle pas faire mourir l'enfant comme l'hémorrhagie? La cause ne changera pas pour cela, et le crime n'en sera pas moins le même. Il n'y a pas plus de six mois que j'eus occasion d'observer un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter; seulement, dans ce dernier cas, l'hémorrhagie avait été moins forte. Nonobstant ces deux observations, je ne puis ajouter foi à ce que rapporte un auteur dans les relations d'un voyage fait à Constantinople. Les sages-femmes du grand-seigneur,

dit-il, sont obligées, sous peine de la vie, de mettre à mort tous les enfans mâles qui naissent dans le sérail; et comme elles craindraient de manquer de respect au sang impérial en portant la main sur ces nouveau-nés, ces matrones s'acquittent de leur horrible ministère en laissant le cordon ombilical sans ligature. Cette pratique, comme l'observe M. *Capuron*, doit être souvent infructueuse; et l'auteur de qui l'on tient ce récit a été mal iuformé; car on ne peut croire qu'il ait été témoin oculaire de ce qu'il raconte; et s'il l'avait été, nous dirions encore qu'il a mal observé.

Au résumé, que peut-on conclure au sujet de la ligature ou de la non-ligature du cordon ombilical dans un cas d'infanticide? Je pense, comme plusieurs auteurs, que sa seule omission ne peut être considérée comme constitutive du crime d'infanticide, surtout s'il ne se manifeste sur le corps du nouveau-né aucune autre trace de sévices; et le médecin s'exposerait à porter un faux jugement s'il s'en rapportait à cette omission de ligature du cordon, comme étant la seule cause de la mort. Ne peut-il pas arriver, comme le remarque *Mahon*, que, la tête étant sortie la première, l'enfant pouvant respirer dans cette position, le cordon puisse se rompre par l'extrême difficulté du travail, ou par un autre accident, et occasionner une hémorrhagie mortelle? Certainement la mère ou d'autres personnes présentes ne penseront peut-être pas à faire cette ligature. Le médecin expert se tromperait encore s'il croyait qu'un enfant n'a pas succombé à une hémorrhagie, lorsqu'il trouve le cordon lié; car cette ligature pourrait avoir été faite après l'écoulement de tout le sang.

Quels sont les signes qui font reconnaître qu'un enfant est mort d'hémorrhagie du cordon ombilical?

Selon *Hébenstreet, Haller et Plouquet*, lorsque le nouveau-né n'a pas perdu la vie par une hémorrhagie, tout l'appareil artériel est vide; mais l'appareil veineux est gorgé de sang. Si l'hémorrhagie a causé la mort d'un enfant né vivant, la peau est d'une pâleur ex-

trême, et présente l'aspect de la cire; les artères, les veines, les oreillettes et les ventricules ne contiennent pas de sang; les muscles et les viscères sont décolorés. Je crois qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, que l'appareil veineux soit tout-à-fait dépourvu de sang, et que l'enfant meurt ainsi exsanguin; car la syncope surviendra toujours avant l'évacuation complète de ce fluide, par conséquent, peu ou beaucoup, il s'en trouvera toujours dans le système veineux.

Infanticide par commission.

On croirait difficilement qu'une femme dans les douleurs de l'enfantement, ou après qu'il s'est opéré, dans ce moment de joie et de bonheur que la nature lui avait ménagé comme indemnité de ses souffrances, dans ce moment où elle naît intimement pour l'amour, et où une seconde partie d'elle-même en réclame si impérieusement et si délicieusement toute la tendresse, on croirait difficilement, disons-nous, qu'il est des femmes assez impies pour dépouiller l'affection que les bêtes fauves elles-mêmes portent à leurs nouveau-nés. La honte du crime, sa férocité, le courroux du ciel, le cris de la nature, plus énergiques encore, rien ne suspend leurs coups sacriléges. Les barbares !.... elles ont conservé leur présence d'esprit au milieu des convulsions physiques et morales qui devaient les en priver, et l'être innocent, au lieu de la tendresse qu'il lui commandait, a trouvé la mort aux bras de celle qui lui avait ouvert les portes de la vie. Hélas! quelle est la cause de cet atroce forfait? Le préjugé! ce préjugé qui attache la honte à la reproduction de l'homme, si les conventions sociales qui ont réglé et qui doivent en précéder l'exercice n'ont pas été respectées. M. *Fodéré* rapporte qu'une jeune veuve, assise sur un seau près du feu, entourée de huit voisines qui s'étaient réunies chez elle pour passer la soirée, accoucha, sans qu'elles s'en aperçussent, d'un enfant dont elle écrasa la tête en la comprimant fortement avec les cuisses pendant qu'il sortait. Cette atrocité fut constatée dans les débats qui eurent lieu devant une cour d'assises.

Je vais suivre successivement les différentes manœuvres qui ont été employées pour faire périr le nouveau-né : elles ne sont pas toutes aussi faciles à reconnaître qu'on pourrait le présumer ; c'est à la sagacité du médecin légiste qu'il appartient de ne pas confondre le crime avec l'innocence.

Des plaies de la tête. Les blessures qu'on remarque quelquefois sur la tête des nouveau-nés, telles que les contusions, les fractures et les enfoncemens des os du crâne, les épanchemens sanguins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, ne sont pas toujours l'effet de la préméditation ; c'est donc au médecin expert à examiner si elles sont produites par le travail d'un accouchement long et laborieux, par l'application des instrumens, ou bien si elles sont l'effet d'une violence de la mère ou d'autres personnes complices.

Les expériences qui ont été faites à la Maternité sur des enfans morts après leur naissance, mais sans aucune altération aux os du crâne, pourront nous fournir des inductions utiles à notre sujet. 1.° Sur quinze enfans mort-nés qu'on a laissé tomber perpendiculairement sur un sol carrelé, après les avoir élevés de manière que le sommet de la tête était à la hauteur d'un demi-mètre (à peu près dix-huit pouces), l'examen anatomique a démontré, chez douze de ces enfans, une fracture longitudinale ou anguleuse à l'un des pariétaux, et quelquefois à ces deux os.

2.° On a livré à la même épreuve quinze autres enfans qu'on a de même laissé tomber de la hauteur d'un mètre ; on a reconnu chez douze une fracture des os pariétaux. Quelques-unes de ces fractures s'étendaient jusqu'à l'os coronal. Les commissures membraneuses se sont relâchées, et même rompues, lorsqu'on a laissé tomber les sujets d'une hauteur plus élevée.

3.° On appuya sur une table la tête d'un enfant mort peu de temps après sa naissance, on la pressa sur différens points de sa surface avec les pouces fortement appuyés ; et sur quinze expériences de ce genre, on remarqua que sept produisirent des fractures longitudinales plus ou

moins étendues à l'un ou à l'autre des pariétaux. Les autres ne donnèrent pour résultat que quelques enfoncemens, ou ne causèrent que la dépression des os.

4.° On frappa avec force une tête appuyée sur une table avec un bâton court et arrondi ; cette expérience eut toujours pour résultat une déformation du crâne avec des fractures multipliées, des déchirures aux membranes, etc. Ces différentes expériences ont fait conclure que des fractures aux os du crâne pourraient être produites par la chute seule que l'enfant ferait en sortant précipitamment de l'utérus de la mère étant debout. Il est difficile, comme le remarque M. *Capuron* (ouvrage cité), de comparer la chute d'un enfant vivant qui sort brusquement de l'utérus à celle d'un enfant mort qu'on laisse tomber de son propre poids ; l'effet, sans doute, ne peut être le même sur celui qui est doué des propriétés vitales que sur celui qui en est entièrement dépourvu. Eh ! quelle est la femme qui, en ressentant les premières douleurs de l'enfantement, ne cherchera pas à s'asseoir, ne fléchira pas les genoux ? En supposant encore que l'enfant vienne subitement, sans que la mère en soit prévenue assez vite pour prendre les précautions nécessaires, ne peut-il pas être retenu quelques secondes par le cordon ombilical ? ou bien ne peut-il pas éprouver des frottemens qui diminueront la rapidité de sa chute ? Le cordon, dira-t-on, peut se rompre ; mais alors le médecin distinguera cette solution de continuité, qui sera frangée, inégale et irrégulière, de celle qui est faite par un instrument tranchant.

S'il se rencontre sur quelques parties du corps des plaies faites avec un instrument piquant, il ne faudra pas en négliger la recherche ; on a reconnu des traces d'aiguille ou de tout autre instrument très-délié par l'inspection attentive du cadavre du nouveau-né. On lit dans les Causes célèbres qu'une femme fanatique tuait ainsi tous les nouveau-nés qui lui tombaient sous la main, *dans l'intention unique*, disait-elle à ses juges, *de peupler le ciel*. Ce mode d'infanticide est connu sous le nom *d'acupuncture* : il est toujours difficile à constater, surtout si les recherches ne sont pas faites avec soin et délicatesse. Une mère,

sans être assistée d'un complice, peut-elle employer une pareille manœuvre lorsque la tête de l'enfant est encore dans les parties de la génération? Je crois qu'on doit résoudre cette question par la négative, surtout si c'est une personne qui ignore les premières notions de l'anatomie. Comment concevoir, en effet, qu'une femme absorbée par les douleurs puisse aller porter directement un instrument à travers les fontanelles ou les sutures. Les exemples que *Guy Patin* rapporte d'infanticide par l'acupuncture étaient pratiqués par une sage-femme au moment où la tête de l'enfant avait franchi le col de l'utérus. *Alberti*, *Brendel* et *Belloc* rapportent plusieurs exemples de cet horrible infanticide. Il peut arriver qu'on n'aperçoive aucune lésion à l'extérieur, puisque des personnes ont été assez adroites pour faire pénétrer l'instrument par les fosses nasales à travers la lame criblée de l'ethmoïde, par les cavités du tympan, par les yeux, par l'anus ou par le nombril. Il faudra, dans ces cas, avoir soin d'examiner, en faisant l'ouverture des cavités splanchniques, si les viscères ne sont pas lésés; et si on découvrait une blessure, on la disséquerait avec attention, et en la suivant, on arriverait bientôt au point par lequel l'instrument vulnérant aurait pénétré.

De la détroncation et des autres vastes blessures. Les fractures, la section complète ou incomplète d'un membre avec un instrument tranchant, se distingueront toujours d'une déchirure, et prouveront l'infanticide d'une manière évidente.

De la luxation des vertèbres. Lorsqu'on trouve sur un enfant né vivant les vertèbres cervicales luxées, avec une forte ecchymose sur le cou, les ligamens déchirés, la moelle épinière rompue ou froissée; lorsqu'on trouve des infiltrations sanguines dans les muscles et dans le tissu cellulaire avec des sugillations à la nuque, tout porte à croire que ces désordres ont été produits par une main criminelle; car l'examen attentif des ecchymoses et des infiltrations fera connaître si la

luxation a été produite sur un cadavre ou sur un enfant né vivant. Cependant il n'est pas sans exemple que les vertèbres cervicales aient été luxées lorsqu'on a exercé des tractions long-temps continuées sur le tronc de l'enfant, la tête étant encore retenue dans le bassin. Dans ce cas, la docimasie pulmonaire fera reconnaître si la respiration a eu lieu.

De la torréfaction. On a vu des mères assez criminelles pour jeter leur enfant au milieu des flammes, afin de faire disparaître plus sûrement les vestiges de son existence. Heureusement pour la société et la justice ces cas sont rares : le médecin appelé alors pour déterminer la question d'infanticide se trouverait fort embarrassé, n'ayant aucune partie qui pût lui indiquer si l'infortuné est né vivant, ou mort. Si, par hasard, la totalité du corps n'était pas brûlée ou désorganisée, il pourrait alors remarquer des phlyctènes (phénomène vital) ; ou si une portion du poumon était restée intacte, elle pourrait encore être soumise à l'épreuve hydrostatique, et mettre par là le crime à découvert.

De l'asphyxie par privation d'oxygène. On a trouvé des enfans nés nouvellement enterrés, renfermés dans un coffre, ou dans un endroit qui les privait d'oxygène : on conçoit que ces faibles êtres ne peuvent vivre long-temps dans cet état ; cependant ils ont respiré, et la docimasie pulmonaire prouvera le crime. La mère peut étouffer son enfant au passage avant qu'il ait eu le temps de respirer : on ne peut conclure, dans ce cas, qu'il est mort-né ; car les désordres dans le crâne et les marques de strangulation, qu'un accouchement ne pourrait produire, révéleraient la vérité au médecin. Le nouveau-né peut encore être étouffé, soit sous un tas de paille, de foin, de boue ou d'épaisses couvertures. S'il a été mis sous de la paille ou du foin, on pourra trouver quelques parties de ces corps dans sa bouche. Des mères criminelles ont suffoqué leur enfant par une forte pression sur la trachée-artère ou sur le thorax ; elles ont porté leur doigt dans

l'arrière-bouche et ont comprimé l'épiglotte: de tels moyens laissent toujours des traces auxquelles le médecin reconnaîtra le crime; telles qu'une congestion sanguine vers l'encéphale, des marques sur le cou; la déchirure du frein de la langue; enfin tous les signes réunis à la docimasie pulmonaire.

Si le nouveau-né avait été asphyxié par submersion, il serait difficile de reconnaître ce mode d'infanticide; surtout s'il était retiré de l'eau, car les mucosités floconneuses ou mousseuses que la trachée-artère contient ne sont pas un signe certain que la mort a été produite par la submersion. Il en sera de même du plus ou moins d'eau que l'estomac contiendrait; car, suivant la remarque de *Mahon*, ce phénomène peut être produit par les fortes contractions de l'utérus. Le médecin, dans ce cas, aura recours à la docimasie pulmonaire.

De l'asphyxie par des gaz délétères. D'après les expériences de M. le professeur *Hallé*, les animaux asphyxiés par le gaz acide sulfureux ont le cœur dur, petit, contracté, et d'un rouge vif.

Alberti reconnut, au moyen de la lividité des poumons, qu'une femme avait asphyxié son enfant avec la vapeur du soufre allumé. Quoi qu'il en soit, il faudrait d'autres preuves accessoires pour reconnaître le crime d'infanticide.

Un des modes les plus ordinaires d'infanticide, est de précipiter le nouveau-né dans les fosses d'aisances: il ne tarde pas long-temps à périr de suffocation par l'impression délétère du gaz qui émane des matières fécales. S'il est retiré avant que la putréfaction ait fait des progrès, la docimasie pulmonaire décidera en partie s'il est né mort ou vivant.

Voilà les principales manœuvres qu'une mère perverse peut mettre en pratique pour ôter la vie à son enfant. Si un concours de circonstances malheureuses couvre quelquefois la vérité d'un voile impénétrable; si d'autres fois l'obscurité, l'inexactitude d'une preuve rend inutile les inductions les plus évidentes, presque toujours aussi un médecin légiste habile, éclairé par l'examen attentif de la mère et

de l'enfant, triomphe de l'astuce d'une femme dénaturée, et signale le forfait qu'elle espérait commettre impunément.

De l'examen de l'enfant. Nous avons parlé dans un autre article de son état de maturité ou d'immaturité. Nous ne parlerons ici que de son examen, par rapport à quelques autres marques de violence qui auraient pu lui donner la mort, soit qu'elles proviennent d'une main meurtrière ou d'accidens survenus pendant l'accouchement.

Lorsque le médecin sera appelé pour visiter le cadavre d'un enfant nouvellement né, par suite d'une présomption d'infanticide, il lavera soigneusement toutes les parties du corps, afin de découvrir les marques de violence. La rigidité du cadavre peut quelquefois fournir des inductions utiles pour constater le crime. Le plus souvent le corps d'un nouveau-né mort dans l'utérus est souple, les membres sont flasques; s'il y a déjà quelque temps que cette mort a eu lieu, l'épiderme se soulève et se détache avec facilité; la peau est rouge, pourprée ou brunâtre; souvent il y a une infiltration séreuse, sanguinolente dans toute l'étendue du tissu cellulaire. Les cavités splanchniques contiennent une quantité plus ou moins grande de sérosité rougeâtre. Le cordon ombilical est gros, mou, infiltré, livide, et se casse facilement. La tête se déforme, s'aplatit par son propre poids; enfin on remarque un état plus ou moins avancé de décomposition : quelquefois le contraire a lieu; le corps se dessèche; il n'y a pas cette œdématie sanguinolente; il est plus compacte, et passe à l'état qu'on désigne sous le nom de *conversion en gras* : ces cas sont extrêmement rares, et se distingueront facilement par des signes qui sont propres à ce genre d'altération. (*Lecieux*, Considérations médico-légales sur l'infanticide.) Dans le cas où l'enfant serait mort pendant l'accouchement ou peu de temps après, les membres seront roides comme tout le corps; cependant la température peut influer et contribuer beaucoup sur la rigidité.

S'il se trouvait sur différentes parties du corps des ecchymoses, des sugillations ou des taches, il faudrait les examiner avec la plus

grande attention, et ne pas les confondre avec les taches qui sont le résultat des phénomènes cadavériques. Les premières se reconnaissent à la couleur rouge, noirâtre, et quelquefois jaune à la circonférence, suivant le degré d'absorption qui a eu lieu pendant la vie. Des coups sur le cadavre ne produisent pas d'ecchymoses, attendu que les capillaires ne contiennent pas de sang. Une chose qu'il ne faut pas confondre avec une ecchymose produite par une violence extérieure, c'est cette tumeur œdémateuse, avec ou sans infiltration sanguine, qui se manifeste toujours sur la partie qui s'est présentée au col de l'utérus, comme nous l'avons fait remarquer ailleurs. Ce phénomène n'aurait pas lieu si le fœtus était mort dans l'utérus. Plus le travail est long et laborieux, plus cette tumeur est volumineuse ; elle peut quelquefois être confondue avec une contusion profonde, surtout si celle-ci se rencontrait aux environs du *vertex*. Le médecin, dans ce cas, fera la dissection de la tumeur, et s'assurera si elle correspond à un décollement du péricrâne ou de la dure-mère, à une lésion du cerveau ; enfin si on n'aperçoit pas un épanchement sanguin entre les méninges. Si rien de tout ce que nous venons d'observer ne se rencontre, il y a lieu de présumer que le travail seul de l'accouchement a produit cette tumeur. Quant aux sugillations et autres marques du cou, il faut y porter une attention toute particulière ; car le plus grand nombre des infanticides sont commis par des violences exercées sur cette région ; c'est pourquoi il est très-important de suivre dans toute son étendue une plaie pénétrante qu'on y remarquerait, et d'ouvrir le canal rachidien. *Plouquet* regarde l'excoriation de l'épiderme comme un signe certain que la compression n'a pas été faite par le col de la matrice, par une constriction du vagin, ou par le cordon ombilical, puisque ces surfaces sont toujours lisses, mais qu'elle provient plutôt d'une violence extérieure. *Rose* (ouvrage cité) demande si la main de l'enfant placée sur le côté du cou ne peut, étant fortement comprimée par le col utérin, produire des excoriations sur cette partie, et en même temps la strangulation. Quoi qu'il en soit, il est difficile de croire que l'étranglement avec des excoriations puisse être

occasionné par autre chose que par une violence extérieure. Une autre remarque que *Plouquet* a faite, c'est qu'une sugillation produite par le col de l'utérus, par le vagin ou par le cordon ombilical, sera toujours uniforme dans tous les points, et qu'elle sera inégale, tant par rapport à sa forme qu'à sa profondeur, dans le cas contraire. M. *Marc* pense qu'il est possible de produire une sugillation égale dans tous ses points en se servant d'un ruban bien uni. Je ne puis être de l'avis de cet auteur ; car comment serrer assez fort pour produire la suffocation sans faire de nœud ? et si on en faisait un, l'impression ne sera-t-elle pas toujours plus forte à l'endroit où il aura eu lieu ? On m'objectera peut-être qu'on pourrait se servir, dans ce cas, d'un serre-nœud ; mais comment concevoir qu'une personne aura assez d'astuce pour se servir d'un instrument qui n'est connu ordinairement que des personnes de l'art ? Dans cet examen important, il ne faudra pas négliger les autres parties du corps, telles que la poitrine, l'abdomen : si on y apercevait quelques lésions, il est essentiel de les bien examiner, de les suivre jusque dans les cavités, afin de s'assurer si elles n'ont pas interressé quelque organe important à la vie. Si la bouche de l'enfant qu'on examine est fermée, et qu'on n'y remarque aucun corps étranger, il est présumable qu'il n'a pas vécu : si au contraire la bouche est ouverte, la langue sortie, et que la docimasie pulmonaire prouve que la respiration ait eu lieu, il est probable que l'enfant a vécu plus ou moins de temps. La cavité abdominale contient ordinairement une sérosité blanchâtre ou rougeâtre, et dont la quantité varie suivant les sujets. Le canal digestif sera suivi dans toute sa longueur. L'intestin rectum contient ordinairement du méconium, s'il n'a pas été expulsé par les contractions utérines, ce qui arrive assez souvent lorsque l'enfant vient par le siége; de même la vessie peut se trouver vide, sans pour cela que l'enfant ait vécu. Les viscères seront examinés avec le plus grand soin, afin de s'assurer s'ils ne sont pas malades, s'ils sont bien développés, s'il n'existe aucun vice de conformation susceptible de produire la mort, enfin s'il n'y a pas de blessures dangereuses. A l'examen de

toutes les parties dont nous venons de parler on joindra celui de la moelle épinière. L'organe encéphalique mis à découvert par l'enlèvement de la calotte osseuse, on examinera s'il n'y a pas de plaie au cerveau, si les membranes sont dans l'état naturel, si elles ne sont pas enflammées, ou décollées dans un endroit où correspondrait une blessure extérieure; s'il n'y a pas du sang ou de la sérosité épanchée dans les ventricules cérébraux, ou entre cet organe et les méninges; s'il n'y a pas de fracture, soit à la voûte, soit à la base du crâne, ou des vices de conformation osseuse. La colonne vertébrale sera examinée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; on verra s'il n'y a pas de fracture ou de luxation: un instrument très-aigu peut pénétrer à travers l'articulation des vertèbres jusqu'à la moelle, et produire par ce moyen une mort prompte, et d'autant plus difficile à reconnaître que celui-ci sera plus délié. La moelle, inspectée avec attention, montrera une déchirure avec extravasion sanguine. Une distorsion subite du col, avec ou sans luxation, peut blesser mortellement cette substance fragile. Si le fœtus était dans un état de putréfaction tel qu'on ne pût reconnaître les lésions des parties molles, on porterait son attention sur les parties dures; les fractures seront toujours faciles à reconnaître; et si les poumons peuvent encore servir à l'épreuve hydrostatique, il ne faudra pas la négliger, en ayant soin de prendre les précautions dans le cas où ils seraient putréfiés.

De l'examen du cordon ombilical et du placenta. Il est nécessaire de savoir si le cordon a été coupé ou rompu, à quelle distance de l'anneau ombilical la section a été faite; s'il a été lié, ou non lié, avant ou après la mort. Comme nous avons examiné ailleurs à quel signe, dans cette circonstance, on peut distinguer le crime de l'innocence, nous ne nous en occuperons plus. Je rapporterai, à l'occasion de l'examen du cordon ombilical, un cas qui s'est rencontré plusieurs fois : c'est le nœud du cordon, qui a lieu le fœtus étant encore contenu dans l'utérus. *Baudelocque* pense qu'il ne peut jamais faire périr l'enfant dans la matrice. *Mahon* dit, au contraire, que la mort

peut s'ensuivre par l'éloignement du fœtus du placenta, lorsqu'il sort de l'utérus ; le nœud alors se trouvant serré, la circulation s'intercepte par ce moyen.

Si le placenta est désorganisé par une maladie quelconque, l'enfant est assurément mort-né. Cependant, si cette désorganisation n'était que partielle, cela ne suffirait pas pour qu'on pût conclure que la mort doit être rapportée à cette cause : car j'ai vu un placenta qui présentait plusieurs points noirâtres et comme putréfiés, quoique l'enfant fût bien portant.

De l'examen du thorax, et principalement des organes qui servent à la respiration. Déterminer s'il est possible de s'assurer au moyen de la docimasie pulmonaire si l'enfant a respiré après sa naissance. Nous avons établi plus haut les caractères généraux qu'on remarque chez l'enfant qui a vécu après sa naissance, et chez celui qui est mort dans la matrice. Il ne sera question ici que de quelques caractères particuliers des organes respiratoires. Les fœtus qui n'ont pas respiré présentent un thorax aplati comme s'il était comprimé; les poumons sont appliqués sur les vertèbres dorsales ; ils n'occupent qu'un petit espace, laissent à découvert le cœur et le péricarde, principalement du côté gauche : ils ont une couleur d'un rouge foncé, ou brun; ils sont affaissés, compactes, semblables à la substance du foie ou de la rate. Les vaisseaux pulmonaires sont vides, ou contiennent très-peu de sang ; mais le canal artériel et le canal veineux sont pleins de ce fluide; le trou de *Botal* est ouvert. Le diaphragme est considérablement refoulé vers la poitrine. Au contraire, chez les fœtus qui ont respiré, le thorax est arrondi, élevé, agrandi en tous sens. La couleur des poumons est plus rose, d'un rouge plus clair ; ils remplissent presque la capacité du thorax; les parties latérales du péricarde sont recouvertes; le poumon droit est ordinairement plus dilaté, plus volumineux, quelque faible qu'ait été la respiration : cela est dû à ce que la branche bronchique est moins étroite, plus courte que du côté opposé. Si l'on coupe cet organe, on

sent une crépitation sensible sous le scalpel ; en les pressant sous les doigts, ils offrent une résistance et une élasticité semblables à celles que les organes parenchymateux font éprouver lorsqu'ils sont remplis d'air. Le sang qui en sort est plus abondant, plus rouge et plus écumeux. A tous ces signes, qui indiquent que l'enfant a respiré plus ou moins de temps, on joindra ceux que nous avons mentionnés ailleurs.

De la docimasie pulmonaire. Le mot *docimasie* est emprunté à la métallurgie; il veut dire *j'essaie*, *j'éprouve*. En y ajoutant le mot *pulmonaire*, il désigne les diverses épreuves auxquelles on soumet les organes de la respiration d'un nouveau-né pour reconnaître s'il a ou s'il n'a pas respiré.

La docimasie pulmonaire hydrostatique est très-ancienne. *Galien* l'avait indiquée dans son Traité *de usu*, ch. 15; mais ce ne fut, comme le remarque M. *Marc*, que vers 1682 qu'elle fut appliquée aux cas de médecine légale par *Jean Schreger*. Depuis cette époque, on l'a toujours mise en usage, et elle a constamment servi de base aux décisions des médecins légistes dans les cas d'infanticide. Son omission a rendu nuls les rapports et procès-verbaux de visite.

On procède à l'épreuve hydrostatique de la manière suivante : après avoir fait la ligature des gros vaisseaux et de la trachée-artère, on en fera la section pour enlever le cœur et les poumons en totalité. S'ils étaient trop sanglans, on les nettoierait avec une éponge; on les plonge ensuite doucement dans un vase convenable, et contenant au moins un pied d'eau, à une température ni trop chaude ni trop froide ; elle doit être propre, et ne contenir aucune dissolution saline, qui en augmenterait la densité. On remarque si les poumons avec le cœur vont au fond de l'eau, ou s'ils surnagent; s'ils y tombent lentement ou tout à coup. L'épreuve doit être réitérée avec les poumons séparément, et avec chaque lobe coupé par morceaux. Il est essentiel de ne pas confondre les fragmens du côté gauche avec ceux du côté droit. Il faut avoir soin de presser les morceaux sous l'eau, et d'examiner s'il s'en dégage des bulles d'air, et si, après avoir été pressés, ils sur-

nagent encore. On examinera le sang que contiennent les poumons, et s'il y a ou non quelque état morbide dans l'intérieur de ces organes; on observera avec attention si la crépitation se fait sentir sous l'instrument qui les divise. On peut conclure, 1.° que la surnatation du cœur avec les poumons est une preuve que la respiration a été bien exécutée, que l'enfant a joui de plusieurs inspirations pleines et entières. 2.° Si la totalité des poumons seulement et leurs fragmens surnagent tous également, il y aurait lieu de croire que la vie a été moins parfaite. 3.° La surnatation de quelques morceaux seulement, tandis que les autres iraient au fond du vase, serait une preuve que l'enfant a vécu à peine, et que la respiration a été imparfaite. 4.° Les fragmens allant tous au fond sont une preuve que l'enfant n'a pas respiré après la naissance. Mais combien d'objections n'a-t-on pas faites contre l'épreuve hydrostatique! et combien de moyens n'a-t-on pas employés pour la remplacer afin de s'assurer avec plus de précision si la respiration a eu lieu! Nous allons parcourir rapidement les différentes expériences qui ont été pratiquées.

Daniel (*Commentatio de infantum nuper natorum umbilico et pulmonibus*), convaincu que l'inspiration ne peut avoir lieu sans la dilatation du thorax, l'élévation du sternum et le redressement des côtes, imagina qu'on pouvait s'assurer si la respiration avait eu lieu au moyen d'un cordon qui servirait à mesurer la circonférence de la poitrine, de la comparer avec la hauteur des vertèbres dorsales, et d'examiner la distance du sternum au rachis. Cette opération paraît trop variable et trop minutieuse pour en attendre des résultats positifs et satisfaisans. Le moyen que *Plouquet* propose dans sa dissertation sur les procédures criminelles n'est pas plus exact. Il consiste à peser d'abord, au moyen d'une balance, le fœtus avant d'en faire l'ouverture, à peser ensuite les poumons, et déterminer le rapport de pesanteur entre ces organes et le corps entier. Il résulte de cette expérience, selon son auteur, que la respiration doublerait la pesanteur absolue des poumons : le rapport de ces organes avec le corps était comme 1 à 70 chez l'enfant qui n'avait pas respiré, et

comme 1 à 35 dans le cas contraire. Sans discuter ici les causes qui peuvent faire varier ces rapports, il nous suffira de dire que les expériences de *Plouquet* ne sont pas d'accord avec celles que M. le professeur *Chaussier* et M. *Schmitt* firent, l'un à Paris, et l'autre à Vienne en Autriche : elles établirent que le rapport de pesanteur entre les poumons et le corps pouvait être de 1 à 70 et au-dessus chez l'enfant qui avait respiré, et comme 1 à 35 chez celui qui n'avait pas respiré. Il en résulterait que la respiration, au lieu d'augmenter le poids des poumons, produirait le contraire, et rendrait ces organes deux fois plus légers, relativement au poids total du corps. Cette expérience est donc trop susceptible de varier, et trop incertaine pour que le médecin la mette en usage dans un cas de médecine légale. On a conseillé de la vérifier et de la confirmer par celle de *Daniel*, également fondée sur le volume, l'augmentation des poumons et la pesanteur absolue qu'ils acquièrent chez l'enfant qui a respiré. Cette expérience étant si compliquée par le nombre d'instrumens, et exigeant des précautions si détaillées, qu'il est difficile de s'en servir avec succès, on doit préférer l'épreuve hydrostatique ancienne des poumons; elle est simple et à la portée de tout le monde.

De la voussure du thorax. Cette augmentation de la poitrine après la respiration serait un signe certain, si on avait une grande habitude d'examiner ces changemens chez les nouveau-nés qui ont respiré, et de les comparer avec les thorax de ceux chez lesquels cette fonction n'a pas eu lieu. On conçoit facilement combien une pareille expérience serait trompeuse; car, outre qu'il faut en général se méfier de celles où nos sens ne nous permettent de juger que par approximation, nous manquons à cet égard d'observations concluantes; d'un autre côté, les doutes que devront faire naître les différences qui existent des irrégularités qu'on remarque dans la conformation de la poitrine chez divers individus rendront ce signe toujours douteux. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas le rejeter tout-à-fait; ce signe, uni

avec d'autres, pourra compléter l'ensemble des preuves qui militent pour ou contre la respiration.

Du volume et de la situation des poumons. Quant au volume des poumons, ce signe n'est pas plus certain, considéré isolément, que la voussure du thorax, quoique l'on soit convaincu que l'air introduit dans ces organes les dilate, et par ce moyen leur fait occuper plus d'espace dans la cavité thoracique. On se tromperait infailliblement si on s'en rapportait à ce seul signe, puisque M. *Schmitt* a ouvert quatre fœtus qui n'avaient pas respiré, et a trouvé que leurs poumons remplissaient complètement la poitrine ; en ouvrant, au contraire, un enfant qui avait respiré trente-six heures, les poumons étaient bien remplis d'air, mais si petits, qu'ils occupaient très-peu d'espace ; on avait même de la peine à les découvrir.

La couleur des poumons a quelquefois été regardée comme une preuve certaine de la respiration. Cette couleur, comme nous l'avons indiqué, est rosée chez les enfans qui ont respiré, et brune ou rougeâtre chez ceux qui sont morts-nés. Ce signe ne laisse pas d'être très-équivoque, puisqu'une infinité de causes, tant internes qu'externes, peuvent faire varier cette couleur: c'est ainsi qu'elle devient plus claire par le seul contact de l'air atmosphérique. Elle peut encore varier suivant les degrés divers de la respiration. M. *Schmitt* et le docteur *Marc* ont observé que les poumons des enfans qui n'avaient pas respiré ressemblaient quelquefois par la couleur à ceux des enfans chez lesquels la respiration avait eu lieu. Cette ressemblance était plus ou moins fréquente, selon que le fœtus était plus ou moins éloigné du terme naturel de sa maturité. On voit par tout ce qui a été dit ci-dessus que la couleur des poumons est trop susceptible de variations pour jamais être admise comme une preuve certaine que la mort de l'enfant a précédé ou suivi la respiration.

Des changemens qui s'opèrent au trou de Botal, *au canal artériel et au canal veineux*. Ils seraient sans contredit un des meilleurs signes que la respiration a eu lieu, si ces changemens avaient toujours lieu

immédiatement après la naissance. Mais on a remarqué que le trou de *Botal*, le canal artériel et le canal veineux ne s'obliteraient dans certains cas que plusieurs jours après, et d'autres fois plus tard. Ainsi, comme c'est toujours immédiatement après la naissance que se commet le crime d'infanticide, il en résulte qu'on ne peut pas toujours constater ce crime d'une manière certaine d'après les inductions tirées de ces parties. Il en est de même de la plénitude ou de la vacuité de la vessie et de l'intestin rectum. Nous avons exposé ailleurs les causes qui peuvent expulser ces matières pendant le travail de l'accouchement. Il faut conclure que la plupart des signes anatomiques dont nous venons de parler, considérés isolément, ne seront jamais suffisans pour prouver que la respiration a eu lieu ; il n'y aurait que leur ensemble qui pourrait être de quelque poids dans la question qui nous occupe.

I.re QUESTION. *L'enfant peut-il respirer encore contenu dans l'utérus avant la rupture des membranes?* Cette question, qui est agitée depuis long-temps, a paru résolue par l'affirmative depuis les expériences que M. le professeur *Béclard* a faites sur des femelles d'animaux pleines. Ce professeur, après avoir incisé avec précaution l'utérus, a aperçu très-distinctement à travers les membranes de l'amnios ; des mouvemens respiratoires, consistant dans l'ouverture des narines et l'élévation des parois du thorax. Ces mouvemens se sont répétés à des intervalles assez régulièrement égaux, mais plus lents que les mouvemens respiratoires de la vie extra-utérine. Chez les mêmes animaux, ils devenaient plus étendus et plus rapprochés à mesure que l'utérus se resserrait progressivement, et que la circulation de la mère au fœtus était plus imparfaite. Les expériences de ce savent professeur m'ayant parû très-importantes, j'ai été curieux de les répéter. J'ai pris une lapine qui était sur le point de faire ses petits ; après avoir mis à découvert l'utérus par une large incision que j'ai faite aux parois abdominales, j'ai incisé avec beaucoup de précaution cet organe à l'endroit où un des petits présentait la tête, afin de laisser les membranes dans leur intégrité : il a aussitôt franchi cette ouverture jusqu'au milieu du

tronc. Il m'a été facile d'observer les divers mouvemens du petit animal, qui ont été les mêmes que ceux observés par M. le professeur *Béclard*. J'ai fait sortir successivement tous les petits, enveloppés des membranes de l'amnios, et j'ai observé chez tous les mêmes phénomènes. J'étais persuadé, après cette expérience, que la respiration pouvait avoir lieu le fœtus encore contenu dans l'utérus et enveloppé des membranes de l'amnios, et que l'air pouvait aussi bien les traverser que la coque dans laquelle le poulet est renfermé, si je n'avais pas répété cette expérience d'une autre manière que voici: après avoir incisé l'utérus et avoir observé les mêmes mouvemens que dans l'expérience précédente, j'ai extrait un des petits, que je n'ai laissé respirer que deux minutes, à peu près, au grand air; ensuite j'ai étouffé la mère au moyen d'un lacet: les autres ont laissé apercevoir à travers les membranes des mouvemens pendant l'espace de douze à quinze minutes; ils ressemblaient assez bien à ceux des fœtus nés dans un état de faiblesse et d'apnée, qu'on appelle *l'asphyxie des nouveau-nés;* ces mouvemens, rares et profonds, se rapprochaient lorsque je touchais ces petits animaux avec le manche du scalpel. Enfin, pour m'assurer s'ils jouissaient d'une véritable respiration, j'ai pris les poumons de chacun d'eux, je les ai plongés séparément dans une quantité d'eau proportionnée à leur volume, aucun n'a surnagé, et ils sont tombés au fond du vase d'une manière très-rapide: le même effet a eu lieu après les avoir divisés en plusieurs morceaux. Il n'en a pas été ainsi de celui que j'avais extrait avant d'avoir tué la mère; ses poumons étaient d'un beau rose, bien plus volumineux que ceux des autres; ils ont surnagé avec le cœur, sans le cœur, et divisés en petits fragmens. Dans la crainte de me tromper, d'avancer des faits qui n'auraient pas de certitude, j'ai répété ces expériences plusieurs fois, et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats. Je pense qu'on peut établir affirmativement que la respiration ne peut avoir lieu le fœtus encore renfermé dans les membranes de l'amnios.

II.ᵉ QUESTION. *Le fœtus peut-il respirer après la rupture des memmbranes et l'écoulement des eaux?* Cette question pourrait être

résolue par l'affirmative, si on s'en rapportait aux deux observations de M. *Schmitt*, où il paraîtrait qu'en pareil cas il peut y avoir une respiration incomplète. *Osiander* est du même avis, et assure que le fœtus peut, après l'écoulement des eaux, respirer et crier lorsque sa bouche est placée près de l'orifice de la matrice. *Sabatier*, dans son Traité d'anatomie, s'explique de manière à en admettre la possibilité. « En général, dit-il, l'enfant ne respire pas avant d'être entièrement « sorti des parties génitales de sa mère ; il peut se faire qu'après l'é- « coulement des eaux un enfant encore contenu dans la matrice re- « çoive assez d'air pour que les poumons soient distendus, et qu'il « meure ensuite avant de naître. » Mais, comme jusqu'à présent nul fait n'a prouvé que la respiration a eu lieu dans cette circonstance, il est permis de rester dans le doute, du moins pour une respiration complète.

III.ᵉ QUESTION. *Le fœtus dont la tête a franchi la vulve peut-il respirer ?* Cette question est très-importante ; elle est devenue le sujet de grandes contestations entre les médecins légistes. Les uns, tels que *Camper*, *Rœderer*, *Michel*, *Daniel*, ont cru devoir la résoudre par la négative. Le premier dit qu'il n'a jamais observé, dans sa pratique très-étendue, un seul fait de cette espèce ; il attribue ceux qu'on a cru avoir observés à la nécessité que la décence impose aux accoucheurs de manœuvrer sous la couverture, d'où il résulte qu'ils n'ont jugé que d'après ce qu'ils ont cru avoir entendu, et non d'après ce qu'ils ont vu. En second lieu, dit-il, la poitrine et les muscles qui servent à la respiration sont trop fortement comprimés par les organes génitaux de la mère pour que la respiration ait lieu en pareil cas. *Morgagni*, *Haller*, *Plouquet*, *Baudelocque*, *Schmitt*, *Osiander*, etc., sont pour l'affirmative. Ces deux derniers rapportent des observations qui attestent que l'enfant peut respirer et même crier distinctement après la sortie de la tête, le tronc étant encore contenu dans le bassin. MM. *Marc* et *Capuron* citent plusieurs exemples qui en attestent la possibilité. Ce dernier rapporte qu'il était présent

avec plusieurs médecins à l'accouchement de l'épouse de M. *Pront*, élève en médecine, laquelle accoucha naturellement d'une petite fille qui s'est mise à crier aussitôt qu'elle a eu la tête hors de la vulve, et a continué à se faire entendre distinctement de sa mère et de tous les assistans jusqu'à sa naissance complète; phénomène qui dura l'espace de plusieurs secondes. L'enfant, dit *Baudelocque*, respire quelquefois avant d'être sorti entièrement: nous avons vu pousser des cris aigus aussitôt que la tête fut dehors, et dans un temps où les épaules paraissaient à peine à la vulve. (Art des accouch., t. 1.) Nul doute qu'après un aussi grand nombre d'observations, et rapportées par des hommes d'un mérite si distingué, on ne puisse admettre que, dans certains cas, la respiration peut avoir lieu d'une manière plus ou moins complète, lorsque la tête de l'enfant est entièrement sortie des parties de la génération de sa mère.

IV.ᵉ QUESTION. *La respiration peut-elle avoir lieu lorsque le tronc de l'enfant est entièrement sorti, et la tête encore contenue dans le bassin?* *Osiander* cite une observation, et M. *Schmitt* en cite deux, dans lesquelles l'enfant a respiré quoique la tête fût encore dans les parties de la génération. Mademoiselle *Lacour*, maîtresse sage-femme à Paris, m'a assuré avoir entendu plusieurs cris plaintifs chez un enfant dont le tronc était sorti, quoique la tête fût encore dans le bassin; ces cris se sont fait entendre au moment où elle portait la main dans cette cavité pour dégager la tête. M. *Capuron* (ouvrage cité), dit avoir vu plusieurs fois, lorsque l'enfant naissait par les pieds, et qu'il faisait des tractions sur ces extrémités pour l'extraire, des contractions assez fortes; les épaules s'élevaient et s'abaissaient alternativement, quoique la tête fût encore enchâssée dans le bassin, et avant même l'introduction des doigts ou des instrumens. Il attribue ces mouvemens à la respiration, avec d'autant plus de fondement qu'il a toujours vu périr l'enfant lorsqu'il ne pouvait en dégager la tête assez promptement. Ce phénomène ne peut s'expliquer que par la possibilité de l'introduction de l'air entre les parties de la génération

et la tête de l'enfant, surtout si elle n'est pas trop volumineuse. On peut donc admettre la possibilité que l'enfant peut respirer dans ce dernier cas; comme dans le précédent; et le médecin expert s'exposerait à commettre une erreur s'il omettait de s'informer de cette circonstance de l'accouchement.

V.e QUESTION. *Dans l'épreuve hydrostatique, les poumons peuvent-ils surnager quoique la respiration n'ait pas eu lieu?* Les causes qui peuvent faire surnager les poumons des nouveau-nés qui n'ont pas respiré sont, la putréfaction, l'insufflation artificielle, ou un état emphysémateux de ses organes. 1.° La putréfaction ne pourrait faire surnager les poumons que par le développement des gaz; mais, comme il est démontré que la putréfaction s'empare bien plus lentement du cadavre des nouveau-nés que de celui des adultes, de plus, les poumons, comme l'ont observé *Camper*, *Schmitt* et d'autres écrivains non moins célèbres, sont toujours les parties dont la putréfaction s'empare en dernier lieu; en supposant même qu'elle s'emparât de ces organes, il faudrait toujours que la circonférence fut désorganisée avant d'arriver au centre. Dans un cas douteux, où les poumons surnageraient par l'effet de la putréfaction, on s'en assurerait en divisant ces organes par morceaux, qu'on exprimerait entre les doigts, afin d'en faire sortir les gaz; si, après cette pression, les fragmens surnageaient encore, on pourrait conclure que la respiration a eu lieu. La crépitation ne s'observe pas ordinairement lorsqu'on divise les poumons des enfans morts-nés, quoique la putréfaction soit très-avancée. Il en résulte que la décomposition des organes respiratoires avec développement des gaz n'altère en rien la validité de l'épreuve hydrostatique.

2.° L'air insufflé dans les poumons peut-il produire les mêmes effets que celui qui y est entré au moyen de la respiration? L'effet pourra être le même relativement à l'épreuve hydrostatique, c'est-à-dire que les poumons insufflés surnageront comme ceux qui ont servi à la respiration naturelle; mais les changemens que la cavité

thoracique éprouve lorsque l'enfant a respiré complètement n'auront pas lieu. Les vaisseaux pulmonaires ne contiendront pas la même quantité de sang. Il est essentiel de ne rien négliger dans le cas où on aurait quelque soupçon que les poumons ont été insufflés; car une femme pourrait quelquefois être victime de sa tendresse maternelle, accouchée clandestinement d'un mort-né; incertaine s'il est mort, et désirant le ranimer, il peut arriver qu'elle applique sa bouche contre celle de son enfant, et qu'elle lui insuffle de l'air dans les poumons. Si la mort de cet enfant vient à donner lieu à une enquête, et que le médecin s'en rapporte à la surnatation des poumons, il ne balancera pas à prononcer que l'enfant a respiré, et par conséquent qu'il a vécu. *Buttner* cite un exemple semblable. *Morgagni* observe que quelqu'un, voulant perdre une femme mère d'un enfant mort-né, peut saisir un instant favorable pour souffler, sans être vu, de l'air dans les poumons du cadavre, et peut éveiller ensuite des soupçons qui susciteraient contre elle une accusation. (*De Sedibus et causis morborum.*) On a cru qu'il était difficile de distendre les poumons, au moyen de l'insufflation, au point d'en faire surnager tous les morceaux, et de distendre le poumon gauche comme celui du côté droit. Le fait serait vrai si on s'en rapportait à l'organisation anatomique de ces organes; mais des observations rapportées par *Schmitt* prouvent que l'air insufflé peut également pénétrer jusque dans les plus petits points. M. le professeur *Chaussier* assure avoir vu, chez plusieurs enfans qui avaient respiré quelque temps, le poumon gauche très-dilaté, tandis que le droit ne l'était qu'incomplètement. (*Lecieux*, *Considérations médico-légales sur l'infanticide.*) On a prétendu que l'air insufflé empêchait la crépitation d'avoir lieu. J'ai incisé des poumons de petits cochons qui n'avaient pas respiré, et dans lesquels j'avais insufflé de l'air: ils ont offert la même crépitation que ceux qui avaient servi à la respiration. Le défaut de voussure du thorax serait sans contredit un des principaux signes de l'insufflation. Cependant il arrive quelquefois que des enfans ont respiré si peu de temps, et d'une manière tellement imparfaite, qu'il n'y a aucune di-

latation de la poitrine; d'autres fois c'est le contraire; cette cavité se trouve agrandie, quoique les poumons ne contiennent pas d'air, ou très-peu. Il en résulte que ce signe est aussi équivoque que les précédens. La vacuité des vaisseaux sanguins pulmonaires sans hémorrhagie précédente n'est pas aussi concluante qu'on pourrait le présumer. En effet, quelle sera la quantité de sang que devront contenir les poumons qui n'ont pas servi à la respiration? Personne, sans doute, ne la determinera avec une juste appréciation : les poumons d'un d'un enfant fort qui n'aura pas respiré en contiendront plus que ceux d'un enfant faible, et chez lequel cette fonction n'aura eu lieu que quelques momens et d'une manière imparfaite. 3.° L'emphysème des poumons peut augmenter leur légèreté spécifique au point de les faire surnager, sinon en totalité, du moins en partie. Cet emphysème s'observe quelquefois chez les enfans qu'on est obligé d'extraire par les pieds, et qui sont morts pendant le travail de l'accouchement. M. le professeur *Chaussier* a observé ce phénomène plusieurs fois. Il l'attribue à une sorte de contusion : il pense que le sang épanché, en s'altérant, avait formé quelques bulles d'air, et augmenté ainsi la légèreté spécifique des organes pulmonaires. Il a observé de plus, à l'appui de son explication, qu'ils étaient d'un rouge-brun et violacé. On reconnaît cet état emphysémateux de celui de la respiration en divisant les poumons en plusieurs morceaux, et en les plongeant à plusieurs reprises dans l'eau, afin d'en faire sortir le fluide aériforme, qui n'est, selon la remarque du professeur que je viens de citer, renfermé que dans le tissu cellulaire (*lamineux*) des poumons, et non dans les vésicules bronchiques.

VIe QUESTION. *En prouvant qu'un enfant n'a pas respiré, peut-on toujours prouver qu'il n'a pas vécu?* Il est certain qu'un enfant peut vivre après sa naissance sans respirer; par exemple, celui qui naît frappé d'asphyxie, ou si faible, qu'il n'a pas la force de respirer. Ou bien il naît apoplectique, ou enveloppé des membranes de l'amnios, lorsqu'il a été expulsé brusquement. Il peut encore tomber dans l'eau

en sortant de la matrice. Quelquefois il a les voies aériennes remplies par des mucosités ou par les eaux de l'amnios; dans ces cas la vie n'est que végétative, semblable à celle dont le fœtus jouit dans la matrice; elle peut continuer quelque temps au moyen du trou de *Botal*. Les expériences de *Buffon* prouvent que les causes qui peuvent suffoquer les mammifères qui ont déjà respiré ne suffisent pas pour produire le même effet aussi promptement chez les nouveau-nés. Ce célèbre naturaliste a plongé des nouveau-nés d'animaux dans l'eau tiède, immédiatement après être sortis de l'utérus; il a remarqué qu'ils pouvaient vivre quelque temps dans ce liquide. Cependant une mère criminelle peut ôter la vie à son enfant qui aurait vécu sans avoir respiré, et l'épreuve hydrostatique, loin de faire reconnaître le crime, en fera absoudre l'auteur. Le médecin légiste sera donc réduit, pour constater l'infanticide, à examiner, 1.° s'il n'y a pas quelques-uns des obstacles qui empêchent la respiration d'avoir lieu après la naissance; 2.° s'il n'existe pas de vices de conformation soit au thorax, soit à l'abdomen, ou bien une faible constitution des organes; 3.° si le nouveau-né n'a pas succombé à une apoplexie, ou à une asphyxie, qui sera toujours difficile à reconnaître, surtout si elle était produite par les eaux de l'amnios ou par des mucosités. *Scheel* pense qu'on peut établir, comme une règle de pratique, que, si le liquide contenu dans la trachée-artère est limpide sans aucune apparence d'écume ou de bulles d'air, on peut conclure de là que l'asphyxie a précédé la respiration. Dans le cas contraire, si le fluide est écumeux, c'est une preuve de l'introduction de l'air. Cette règle ne peut être mise en pratique; car très-souvent, à la suite de l'asphyxie par submersion, on ne rencontre pas toujours de l'eau ou des mucosités dans la tranchée-artère. De même, comme le remarque *Schmitt*, la présence d'écume ou de bulles d'air dans les voies aériennes ne suffit pas pour prouver que la respiration ou l'insufflation aient eu lieu après la naissance. Nous ne possédons donc aucun moyen pour constater la vie présumée de l'enfant dans les cas dont nous venons de parler, cela est au-dessus de la sphère de nos connaissances médicales. Quoi

qu'il en soit, le médecin expert devra toujours, en pareille circonstance, s'en rapporter à l'épreuve hydrostatique. Si les poumons ne surnagent pas, il conclura que rien ne prouve que l'enfant ait vécu. Cette décision sans doute peut n'être pas toujours juste, et quelquefois faire absoudre le crime; mais aussi est-on assuré de ne jamais faire condamner l'innocence.

VII.e QUESTION. *Un enfant peut-il avoir respiré, et ses poumons ne pas surnager?* Plusieurs auteurs ont rapporté des exemples de ce genre de respiration; mais ces cas ne se sont rencontrés que chez des enfans qui n'étaient pas venus à terme, ou qui étaient d'une très-faible complexion. On a remarqué que les poumons des fœtus avant le terme de sept mois ne surnageaient pas, quoique plusieurs respirations eussent eu lieu, et qu'ils surnageaient passé ce terme. Il y a trois mois que je fus appelé pour donner mes soins à une femme qui venait d'avorter au terme de six mois à peu près. J'arrivai assez à temps pour voir le nouveau-né respirer complètement pendant l'espace de plusieurs minutes. Les parens me l'ayant confié, j'en fis l'ouverture, et je soumis les poumons à l'épreuve hydrostatique. Ils se précipitèrent lentement au fond du vase. *Haller* et *Plouquet* expliquent cette différence de la surnatation des poumons d'une manière satisfaisante. Le fœtus, disent-ils, qui naît long-temps avant terme ne respire que faiblement et avec difficulté, attendu que ses poumons ne sont pas propres à cette fonction. L'air ne pénètre que dans les premières ramifications des bronches. Les vésicules n'étant pas entièrement dilatées, la pesanteur spécifique ne peut avoir lieu.

VIII.e QUESTION. *Un enfant peut-il avoir respiré sans avoir vécu?* Si cela était bien réel, la synonymie qui existe entre *vivre* et *respirer* serait détruite. Pour résoudre cette question, on s'en est rapporté à une observation insérée dans la Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg, dans le mois de décembre 1812, par le docteur *Bénédict-a-Chemnitz.* Il est question d'un enfant à terme, hydrocéphale, dont

la tête et le cerveau ont offert des vices de conformation très-saillans. Les poumons se sont comportés comme après la respiration complète. M. *Marc* fait plus que douter de ce fait. Je ne le crois pas, par la raison que l'accouchement s'est fait sans témoins, et que la mère, se trouvant ensuite sous la surveillance du ministère public, devait éviter une déclaration qui eût pu la compromettre, et s'efforcer de faire croire que l'enfant était mort avant sa naissance. L'auteur que je viens de citer a eu occasion d'examiner l'état des poumons d'un hydrocéphale mort-né. Il a observé qu'ils offraient tous les caractères qui indiquent que la respiration n'avait pas eu lieu. L'auteur de l'observation rapportée plus haut explique ce phénomène d'une manière peu conforme aux lois physiologiques. Chez les fœtus morts-nés, dit-il, et dont la mort n'est qu'apparente, les poumons peuvent conserver la faculté de sentir l'impression de l'air extérieur, et se dilater assez pour recevoir ce fluide, quoique aucune des fonctions ne puisse s'exécuter. Je ne crois pas que les poumons des fœtus attaqués d'une mort apparente, et dont la respiration n'aura jamais eu lieu, puissent se dilater par le seul contact de l'air. En supposant encore que le fœtus hydrocéphale puisse respirer sans avoir vécu, en résulterait-il pour cela que l'épreuve hydrostatique perdît de sa validité? Non, sans doute : seulement elle ne serait pas applicable sur des sujets semblables, comme sur ceux des enfans mal conformés et incapables de vivre après la naissance. M. le professeur *Orfila* nous a communiqué dans ses leçons de médecine légale une observation rapportée par un auteur allemand, qui a pour objet un enfant qui a vécu quatre jours après sa naissance. Pendant cette courte existence, la respiration était faible, quoique s'exécutant avec assez de facilité. A l'ouverture du cadavre, on trouva le trou de *Botal* ouvert, le diaphragme refoulé vers la poitrine; les poumons étaient rouges; le méconium était en petite quantité dans le gros intestin; la vessie était vide. Les poumons se sont précipités au fond de l'eau. Il n'y existait aucun vice de conformation qui ait pu les rendre compactes. Il paraîtrait que, dans ce cas, la circulation a continué à se faire comme avant la naissance.

Malgré toutes ces observations, on ne peut conclure de là que l'épreuve hydrostatique doit être rejetée. Il faut, au contraire, toujours la prendre en considération dans les cas d'infanticide.

Lorsqu'il aura été prouvé par tout ce que nous avons dit que le nouveau-né quon aura trouvé mort a été victime d'une main homicide, et qu'on soupçonnera la mère d'en être l'auteur, il faut prouver qu'elle est bien accouchée de cet enfant. « On trouve, dit *Vol-* « *taire*, auprès d'une grande ville, un enfant nouveau-né et mort. « On soupçonne une fille d'en être la mère; on la met au cachot. On « l'interroge : elle répond qu'elle ne peut avoir fait cet enfant, puis- « qu'elle est grosse. On la fait visiter par ce qu'on appelle mal à pro- « pos des *sages-femmes*, des *matrones*. Ces imbécilles attestent « qu'elle n'est point enceinte; que les vidanges retenues ont fait enfler « son ventre. La malheureuse est menacée de la question; la peur « trouble son esprit, elle avoue qu'elle a tué son enfant prétendu; « on la condamne à mort : elle a le bonheur d'accoucher au moment « où on lui lit sa sentence. »

De l'examen de la mère. Nous allons exposer avec le plus de précision possible les signes d'un accouchement récent, pour empêcher qu'on ne les confonde avec ceux qui appartiennent à une toute autre cause.

1.° Si à la suite d'un accouchement récent on examine les parois du bas-ventre, on les trouve flasques, plus aplaties que dans l'état ordinaire; elles sont ridées, sillonnées, principalement vers la région hypogastrique, par des lignes livides, qui deviennent blanchâtres. La ligne médiane présente un écartement plus ou moins distinct. En plaçant la main sur l'hypogastre, on sent à travers les parois abdominales le corps de l'utérus qui offre une tumeur dure, rénitente, et d'une forme arrondie. Ce signe n'est de quelque valeur qu'autant qu'on est appelé assez tôt pour pouvoir l'apprécier d'une manière certaine. Il est bien moins distinct chez les femmes grasses que chez les femmes maigres.

2.° Le pouls est fort, développé; une moiteur générale a lieu, et a une odeur acidule toute particulière aux couches; la peau est souple, et il y a, selon l'époque de l'accouchement, plus ou moins de fièvre; quelquefois la face est pâle, les yeux sont abattus. Le contraire a lieu chez les personnes fortes et robustes.

3.° Les mamelles sécrètent une matière laiteuse, quelquefois, mais rarement, sanguinolente; elles sont plus ou moins volumineuses, plus ou moins dures.

4.° Les parties externes et internes de la génération présentent des changemens d'autant plus appréciables que l'accouchement est plus récent. Immédiatement après cette fonction il y a quelquefois un gonflement plus ou moins fort aux grandes lèvres, aux nymphes, surtout chez les primipares, ou bien lorsque la sortie de l'enfant a été laborieuse; quelquefois ces mêmes parties sont flasques, allongées : le vagin offre beaucoup d'ampleur, ses rides sont effacées ou très-peu apparentes; il s'écoule par ce canal une matière blanchâtre, sanguinolente, avec des grumeaux noirâtres et d'une odeur *sùi generis.* Le plus souvent le frein de la vulve est déchiré, le col de l'utérus plus volumineux, plus mou que dans l'état ordinaire; il est dilaté au point de permettre l'introduction d'un ou de deux doigts. Quelquefois il est échancré; il est situé plus en avant et plus bas. Voilà bien les principaux caractères auxquels on reconnaît un accouchement récent; mais combien d'autres causes pourraient produire les mêmes signes et induire le médecin légiste en erreur, s'il n'y portait une attention toute particulière! Il y a trois ans que je fus requis par les autorités de la commune de Puteaux à l'effet de visiter une fille accusée d'infanticide par la rumeur publique : elle avait, disait-on, enterré son enfant dans son jardin. L'adjoint au maire, M. *Gerhard*, ne fut instruit de toutes ces clameurs que six jours après ce prétendu forfait; il me requit de visiter l'accusée : après l'avoir questionnée pendant long-temps, elle m'avoua qu'elle avait, depuis six jours, avorté; mais elle ne savait pas précisément l'époque de sa grossesse. Je lui demandai ce qu'elle avait fait du fœtus : elle me répondit qu'elle l'avait jeté

dans les commodités avec d'autres matières, parce qu'elle ne s'était pas crue obligée d'en faire la déclaration, et qu'elle avait intérêt de ne confier son accident à personne; qu'elle se croyait très-heureuse d'être débarrassée de cette manière d'une grossesse qu'elle espérait cacher au public en quittant le pays. Je procédai à l'examen de l'accusée : 1.° les mamelles étaient flasques, et avaient plusieurs vergetures sur leur partie supérieure; le mamelon était bien formé, et laissait écouler, en le pressant, une matière séreuse blanchâtre. 2.° Une grande partie de la surface abdominale offrait des vergetures et des rides, de même que la partie supérieure et antérieure de cuisses. Il faut observer que cette femme était très-grasse avant sa grossesse, et qu'elle était devenue très-maigre au moment de son accident, ce qui me fit présumer que ces rides et ces vergetures pouvaient autant être l'effet d'un amaigrissement subit que des suites d'une grossesse. 3.° Les parties génitales présentaient quelques signes d'un accouchement récent, ou du moins d'un avortement assez avancé. Le vagin avait beaucoup d'ampleur; les grandes lèvres étaient légèrement tuméfiées; le col de l'utérus était plus mou, plus volumineux que dans l'état naturel; son orifice externe était dilaté au point de permettre l'introduction du doigt. La lèvre antérieure du museau-de-tanche était un peu échancrée; un écoulement d'une matière blanchâtre se faisait par le vagin. Enfin, en portant le doigt indicateur dans le fond de ce canal, et plaçant une main sur la région hypogastrique, j'ai cherché par ce moyen à refouler l'utérus. Je n'ai pas senti cet organe à travers les parois du bas-ventre, comme cela arrive chez les nouvelles accouchées, quelquefois huit à dix jours après l'accouchement. J'ai conclu, d'après tout ce que j'avais observé, et d'après l'aveu que m'avait fait l'accusée, qu'il était présumable qu'elle n'était pas accouchée d'un enfant au terme naturel de la grossesse; mais qu'elle pouvait bien avoir éprouvé un avortement au terme de quatre à cinq mois; que je n'avais aucune connaissance s'il s'était fait spontanément ou s'il avait été produit par une violence extérieure ou intérieure.

Il résulte de cet exposé qu'il est toujours très-difficile de constater la réalité d'un accouchement récent et au terme naturel de neuf mois; car les signes qu'on observe peu de temps après cette fonction peuvent se rencontrer à la suite de plusieurs maladies qui simulent la grossesse, telles que la rétention prolongée des menstrues, une hydropisie de l'utérus, un amas d'hydatides dans cet organe, enfin une fausse grossesse qui n'aurait pour résultat qu'une môle, etc., etc. Le médecin légiste ne devra donc porter son jugement, 1.° qu'après avoir étudié l'ensemble des principaux signes de cet acte, et ne pas les considérer isolément; 2.° il ne pourra constater un accouchement avec quelque certitude qu'autant qu'il sera appelé dans les premiers jours, et que l'enfant sera venu à terme ou presqu'à terme; 3.° il lui sera aussi plus aisé de constater l'accouchement chez une primipare que chez une femme qui a déjà procréé; 4.° enfin il n'oubliera pas qu'il est reconnu par les meilleurs accoucheurs et médecins légistes que les signes que nous avons mentionnés plus haut s'affaiblissent et disparaissent en très-peu de temps; de sorte qu'après dix ou quinze jours il devient impossible de prononcer sur la réalité et l'époque d'un accouchement.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Et quâ corporis parte inest sudor, ibi morbum *esse* indicat. *Sect.* 4, *aph.* 38.

V.

A sanguinis sputo puris sputum, malum. *Sect.* 7, *aph.* 15.